

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 juin 1900, à 1 heure

PAR

Léonce CARTERET

DE

L'ÉCOUVILLONNAGE PRÉVENTIF dans l'Avortement

Président : M. BUDIN, Professeur.

BERGÈRE, Professeur.

Juges : MM. { SCHWARTZ, Agrégé.

ALBARRAN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 juin 1900, à 1 heure

PAR

Léonce CARTERET

DE

L'ÉCOUVILLONNAGE PRÉVENTIF dans l'Avortement

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { BERGER, Professeur.
SCHWARTZ, Agrégé.
ALBARRAN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL
 MM.
 FARABEUF.
 CH. RICHEL.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 BERGER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchement.....

JOFFROY.
 RAYMOND
 TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRL.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dis-
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et quelle
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE A MA MÈRE

Humble témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-accoucheur de la Charité

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Notre but n'est pas de traiter dans son ensemble la question de la rétention placentaire dans l'avortement ni de passer en revue tous les traitements qui ont été préconisés dans ce cas.

Nous dirons simplement quelques mots des principaux moyens employés pour nettoyer la cavité utérine, mais nous n'étudierons les résultats donnés que par un seul d'entre eux, le curage digital suivi de l'écouvillonnage, car c'est celui que nous avons vu employer et préconiser par le professeur Budin.

Nous restreindrons encore notre sujet en nous bornant à l'étude spéciale des résultats obtenus par ce procédé lorsqu'il est employé de parti pris sans être motivé soit par l'hémorragie, soit par l'infection.

L'éminent professeur ayant bien voulu nous autoriser à rechercher des observations dans son service, nous publierons in extenso toutes celles que nous avons pu recueillir.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons à cœur d'exprimer ici publiquement nos sentiments de vive gratitude à tous ceux qui contribuèrent à la **F**aculté ou dans les hôpitaux à notre éducation médicale.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien accepter nos remerciements sincères pour tous les bons enseigne-

ments et les précieux conseils qu'il nous prodigua pendant le semestre que nous avons eu le bonheur de passer dans son service de l'hôpital Necker. C'est à ce maître que nous devons la majeure partie de nos connaissances chirurgicales.

Nous avons été l'élève des docteurs Barth et Chauffard ; c'est avec eux que nous apprimes à diagnostiquer nettement et à traiter avec méthode les affections médicales de l'adulte.

M. le professeur Maygrier nous fit entrevoir pendant notre stage obstétrical à la clinique Tarnier l'idée première de notre thèse et c'est grâce à son savant enseignement que nous avons eu la notion précise de la conduite à tenir dans les complications de l'avortement.

M. le professeur Budin a droit à toute notre reconnaissance. C'est dans son service, et accueilli par lui avec la plus extrême bienveillance que nous avons compulsé tous les documents utiles à la préparation de notre thèse, et c'est sous l'inspiration des idées directrices de cet excellent maître que nous l'avons rédigée.

Que M. le professeur Budin, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse veuille bien recevoir l'hommage de notre profond respect et de notre inaltérable gratitude.

Parmi les auteurs qui se sont récemment occupés du sujet qui nous intéresse, il faut d'abord citer Chaleix et Audebert, de Bordeaux. Ces deux auteurs (1) ont étudié avec beaucoup de soin et d'une façon très approfondie cette question.

Leur travail très intéressant est divisé en cinq chapitres :-

I. *Diagnostic*. — On sait avec quelle facilité après la fausse couche peut se produire la rétention totale ou partielle des annexes. Vers le quatrième mois de la grossesse, le placenta est constitué définitivement et adhère intimement à la matrice. L'avortement en deux temps est alors la règle; l'avortement en bloc, l'exception. Le second temps traîne en longueur et peut entraîner la putréfaction ou plus rapidement l'hémorragie. Une femme, après une fausse couche de trois mois a eu une rétention placentaire qui a provoqué pendant 35 jours une série d'hémorragies intermittentes. Le placenta devient donc un hôte dangereux dont il faut favoriser rapidement l'expulsion.

Chez certaines femmes, le début de la grossesse échappe, il faut rechercher avec soin les symptômes de la gros-

(1) CHALEIX-VIVIE et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet. *Thèse de Bordeaux*, 1896.

sesse, une fois le diagnostic de la grossesse établi ; on doit rechercher si cette grossesse est interrompue, c'est-à-dire si la fausse couche est déjà un fait accompli et il est nécessaire de connaître la marche de l'avortement dans tous ses détails.

Le plus souvent, quand l'avortement est récent, il s'écoule des organes maternels du sang pur en plus ou moins grande abondance ; quelquefois cette perte fait défaut ; d'autres fois, le sang est mélangé à des matières séreuses, purulentes, tenant en suspension des débris embryonnaires, des fragments de muqueuse utérine.

Parfois dépourvues d'odeur, ces pertes peuvent être très fétides.

Le vagin est parfois rempli de débris. Sur le col, on peut éprouver des sensations différentes. Il peut être de volume moyen, fermé, d'une dureté ligneuse par places avec traces d'effraction ou de violence ; ou bien entr'ouvert en éteignoir et le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne.

Dans la forme la plus commune, le col n'est pas effacé, il est perméable d'un orifice à l'autre et, au bout d'un long couloir, on trouve la cavité utérine agrandie, béante, remplie de masses assez importantes ou seulement contenant des débris minimes.

La certitude de la fausse couche étant acquise, il reste à savoir s'il existe une rétention placentaire ou membraneuse.

Un mode d'exploration qui nous paraît peu pratique, c'est le *curettage explorateur*, car la curette racle au hasard et le morceau de délivre qui entretient les acci-

dents peut être très menu. Dans ce cas, il vaut mieux vraiment procéder à un curettage évacuateur et complet.

Dans les avortements des premières semaines, il y a très peu de lochies et l'élimination de la muqueuse se fait lentement ; les morceaux sont souvent fétides. C'est le meilleur indice de la rétention.

D'autres fois, les lochies contiennent de véritables débris placentaires et alors le diagnostic d'avortement incomplet s'impose.

Si en examinant le placenta, on trouve une masse éraillée, déchirée, avec le tissu des cotylédons manquant par endroits, il faut en conclure que la délivrance est incomplète.

Il faut surveiller le liquide des injections qui souvent laisse déposer dans les vases des débris très petits. Le placenta peut ainsi s'éliminer lentement, mais il peut souvent se produire des complications hémorragiques ou infectieuses très graves.

L'hémorragie est évidemment un des signes les plus communs de la rétention, mais elle peut aussi ne pas se produire. Elle peut être brusque, foudroyante, mais elle peut aussi être constituée par un suintement qui dure 15 jours ou même un mois.

Parmi les signes primordiaux, il faut aussi citer les tranchées, les vomissements incoercibles.

Les données du thermomètre sont très importantes. Toute élévation de température insolite, si elle n'est en rapport avec aucun autre état pathologique, indiquera que l'utérus renferme des éléments placentaires ou une muqueuse malade et infectée.

En résumé, on tâchera de grouper tous les symptômes que nous venons d'énumérer. On se basera surtout, pour établir le diagnostic de rétention post-abortive sur la *non-involution* ou la *sub-involution utérine*, sur la persistance de l'hémorragie et on s'attachera à surprendre le début des phénomènes infectieux qui indiquent que la rétention tend à prendre une allure grave.

CONDUITE A TENIR EN DEHORS DE TOUT ACCIDENT

Si la fausse couche est récente, on peut attendre, ainsi qu'on le fait pour la délivrance qui suit l'accouchement, en donnant des soins antiseptiques et des injections vaginales chaudes. Il faut bien se garder de donner de l'ergot de seigle qui referme le col et augmente les chances de rétention.

Si la délivrance traîne en longueur, les injections vaginales chaudes peuvent réveiller les contractions. Il faut toujours recourir à ce moyen.

Dans les traités classiques, on dit que *l'expectation antiseptique* doit être la règle. Peut être dans un hôpital où la malade est surveillée avec soin, mais, en ville, l'expulsion brusque du placenta peut être suivie d'une hémorragie mortelle.

Donc, en ville, nous ne l'admettrons que sous beaucoup de réserves, non seulement au point de vue de l'hémorragie, mais aussi de l'infection.

Suivant la marche du travail, on peut attendre ou agir. Si les contractions sont soutenues et progressives, si l'état du col fait prévoir que l'utérus ne va pas devenir inactif, s'il n'y a pas d'accidents, on peut évidemment

attendre. Autrement, on est autorisé à ne plus compter sur les effets de la nature.

Après l'injection vaginale, il faut toujours avoir recours à l'*injection utérine*. L'instrument le plus commode, du maniement le plus facile et le plus inoffensif est la sonde à double courant de M. Budin ; c'est elle que nous conseillerons toujours. Comme sondes dilatatrices, celle de M. Doléris est celle que nous préférons.

Le liquide employé doit être l'eau très chaude (45° ou 50°) additionnée de sublimé : 25 ou 20 centigrammes (Tarnier). Il ne faut pas que le récipient soit élevé à plus de 30 ou 40 centimètres au-dessus du lit.

Si la perméabilité n'est pas suffisante, la rétablir au moyen des tiges de Hégar.

Pour éviter l'hémorragie subite, le médecin pourra pratiquer le *tamponnement utérin* ; c'est le seul moyen qui donne une sécurité absolue. On le fait avec de la gaze iodoformée.

Si le premier tamponnement n'a pas réussi à amener l'expulsion du placenta, on peut en pratiquer un second, mais il vaut mieux pratiquer directement l'extraction.

Deux procédés existent : le curage digital et le curage instrumental.

Curage digital (1). La femme est placée dans la position obstétricale. Une main presse fortement sur le fond de la matrice, à travers la paroi abdominale, et l'abaisse le plus possible ; l'autre, mise en cône, pénètre dans le vagin. L'index va à la recherche du col, et s'il le trouve perméable, s'insinue dans le canal cervical. Si

(1) D^r AUDEBERT. De l'intervention dans l'infection puerpérale post. abortive. *Thèse* Bordeaux, 1890.

l'orifice interne est fermé « il suffira d'une pression continue, quoique douce, pour qu'il s'entrouvre et laisse passer le doigt.

Souvent, il sera inutile d'abaisser le col avec une pince ainsi que l'a signalé Guéniot, ordinairement le col est assez voisin de l'orifice vulvaire. L'index, et, s'il est permis le médius sont introduits dans l'utérus. Ils s'efforcent d'aller aussi haut que possible pour atteindre l'insertion placentaire elle-même. Le doigt fait le tour des parties adhérentes, soulève celles qui sont libres, se glisse doucement entre la masse placentaire et le tissu utérin, et cherche à la mobiliser et à la détacher de son point d'implantation. Il vaut mieux gratter soit avec la pulpe du doigt, soit avec les ongles, mais plutôt détruire les cotylédons par une pression directe exercée par le doigt appliqué à plat sur la paroi et animé d'un mouvement de va et vient. Les débris placentaires sont amenés au dehors par le doigt replié en crochet. On termine l'opération par un grand lavage utérin qui balayera toutes les parcelles demeurées en liberté dans la matrice.

Cette intervention est douloureuse ; pour la faire avec succès, il faut, sauf chez certaines grandes multipares, introduire la main dans le vagin, ce qui est très difficilement supporté et quelquefois fort malaisé chez les primipares. Dans ces cas, on ne pourra guère se passer du chloroforme ; de plus, bien souvent, le doigt n'aura pas une longueur suffisante pour explorer tout l'utérus ; quelquefois il ne pénétrera pas au fond des angles, ce qui sera une lacune, et laissera derrière lui les fragments placentaires.

Le curage digital sera presque impossible dans les avortements précoces qui peuvent cependant entraîner des accidents du fait de la rétention

Sauf les cas où la pénétration digitale sera facile et bien supportée, où l'insertion placentaire sera très facilement atteinte, le curage digital sera insuffisant, mais cependant nous estimons que, en raison de son innocuité, il faut toujours *le tenter* avant de recourir au curettage instrumental.

Si l'expectation paraît dangereuse, on fera le tamponnement utérin qui ne garantit pas cependant, comme le curettage l'évacuation complète et définitive de l'utérus. Aussi, toutes les fois que les circonstances avec lesquelles il faut compter dans le choix d'une intervention nous le permettront, c'est le curettage instrumental que nous préférons.

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE

L'hémorragie rapide, parfois foudroyante, demande un traitement d'une immédiate efficacité; la mort peut survenir en pleine hémorragie ou quelques heures après.

Les injections vaginales chaudes sont le traitement le plus employé, mais elles ne produisent qu'une hémostase passagère sur laquelle on ne saurait trop compter.

Les injections utérines ont une action sérieuse dans les hémorragies dues à l'inaction utérine qui suit l'accouchement. Mais elles peuvent échouer, s'il reste dans la matrice, soit tout le placenta, soit même un seul cotylédon ou quelques caillots. Aussi Tarnier préconise de

déblayer avec la main la cavité utérine. On doit condamner avec énergie les injections utérines caustiques coagulantes, teinture d'iode, perchlorure de fer tant vantées à l'étranger. Des accidents toxiques ou emboliques en ont été la conséquence.

L'emploi des crayons de chlorure de zinc disparaît de la pratique.

L'ergot de seigle et ses dérivés peuvent un peu aider au décollement du placenta, mais malheureusement, ils l'emprisonnent par resserrement du col.

Le tamponnement vaginal oppose au sang une barrière mécanique et crée un caillot qui bouche les orifices vasculaires. Pour le pratiquer, il est bon de se servir de gaze iodoformée taillée en larges bandelettes au lieu de bourdonnets de ouate. Un tamponnement bien fait peut permettre d'attendre le moment d'une intervention plus radicale. S'il est insuffisant, il peut devenir dangereux.

Le procédé qui s'attaque directement à la cause pathogénique de l'hémorragie, c'est-à-dire à la rétention placentaire, est d'abord le curage digital. S'il est fait sans succès, c'est au curettage instrumental qu'il faut recourir. C'est là le traitement héroïque de l'hémorragie. Bien fait, il arrête absolument l'effusion du sang, mais l'opération est délicate et souvent difficile.

Quant aux ballons excitateurs ou dilatateurs de l'utérus, on peut leur reprocher de ne pas s'adapter comme le tampon à la forme de la cavité utérine.

Dans l'anémie aiguë post hémorragique, la transfusion du sérum artificiel est le meilleur traitement. On

l'emploie en injections abondantes hypodermiques : 300, 600, 1.000 grammes de la solution de Hayem.

Infection. Ecouvillonnage. — La septicémie post abortive est toujours dangereuse ; plus longtemps le placenta restera dans l'utérus, plus il entretiendra l'infection et lancera de nouveaux germes infectieux dans l'organisme.

Les signes du début de l'infection sont : douleur localisée à l'utérus, surtout au niveau des cornes et provoquée par la pression à ce point, frisson plus ou moins violent, élévation de température, fétidité des lochies, arrêt de la régression de l'utérus. L'utérus est atteint dans sa structure, la muqueuse est rouge, infiltrée, recouverte d'une couche semi-liquide, d'aspect purulent. Il existe parfois des débris grisâtres, fétides, en voie de décomposition. Dans ce cas, le délivre retenu est profondément altéré.

Les plaies de la vulve et du vagin prennent alors un aspect particulier ; elles se recouvrent d'un enduit grisâtre, épais, sanieux, très fétide.

Les injections intra utérines employées agissent comme moyen mécanique et aussi bactéricide. Souvent, elles ont suffi à modifier les phénomènes de douleur, hyperthermie, fétidité des lochies.

L'emploi de l'irrigation continue de Pinard et Varnier est peu usité. Il en est de même du drainage de l'utérus par le tube en caoutchouc ; le seul drainage admis est fait à l'aide de gaze antiseptique.

Quant aux ballons, ils ne paraissent pas de nature à rendre service dans l'infection.

Dans la rétention post abortive avec infection, le tamponnement utérin ne doit être, sauf indications urgentes, telles que l'hémorragie, qu'un complément de curettage.

Quant au curage digital, nous devons avouer qu'il a souvent échoué entre nos mains, lorsqu'il s'est agi de combattre les accidents infectieux.

Dans l'hémorragie, le curage supprime l'accident, tandis que, dans l'infection, il peut rester des débris de placenta altéré, plus friables, qui échappent plus facilement au doigt, ce qui donne lieu à une opération incomplète.

On doit toujours commencer, malgré des insuccès, par le curage digital quand l'utérus est facilement abaissable et l'insertion placentaire accessible.

L'écouvillonnage a été préconisé comme un moyen héroïque d'évacuation utérine. Nous reconnaissons que l'écouvillonnage fait, soit avec un véritable écouvillon, soit avec des tampons de coton hydrophile, est un complément excellent du curettage et, nous en usons d'une façon presque constante.

Nous admettons, dans certains cas de fausse couche ovulaire incomplète, quand les accidents ne revêtent pas un caractère menaçant, qu'on peut tenter un traitement gynécologique pour dilater, irriguer et écouvillonner l'utérus.

Par contre, s'il s'agit, non plus de fragments petits et peu adhérents, mais de volumineux éléments placentaires, l'écouvillon glissera sur eux sans les entraîner.

Il faut donc recourir au traitement chirurgical, c'est-à-

dire au curettage. Lui seul débarrassera complètement l'utérus.

Comme traitement médical de l'infection dans la rétention placentaire, il faut combattre l'hyperthermie par la quinine et les bains froids, administrer des toniques et soutenir la fibre cardiaque par la caféine.

Faut-il pratiquer le curettage s'il y a des lésions des annexes ? oui, en évitant d'abaisser le col utérin ; on le maintient simplement.

Dans le cas de perforation de l'utérus, consécutive à des manœuvres abortives, il faudra curetter doucement sans faire d'injection, puis tamponner à la gaze iodoformée.

Mais, s'il y a infection, il faut aussitôt recourir à l'hystérectomie vaginale.

Technique du curettage. — Le curettage, dans la rétention placentaire est une intervention délicate et sérieuse. Il doit être aussi complet que possible et doit procéder d'une technique très précise et très rigoureuse. Les précautions antiseptiques devront être prises avec le plus grand soin. La toilette des organes génitaux devra être très minutieuse. En général, il faut endormir la malade.

Le col sera mis à nu au moyen d'une large valve et nettoyé au sublimé. Puis on le saisit avec une pince de Duplay, ce qui est un des plus sûrs moyens d'éviter la perforation de l'utérus.

La perméabilité du col est une condition essentielle d'un bon curettage. Les bougies graduées de Hégar sont excellentes pour obtenir la dilatation. La dilatation com-

plète est une des meilleures garanties de la sécurité opératoire.

Avant d'introduire la curette, lavage utérin. Nous donnons la préférence aux curettes constituées par une large boucle annulaire, ronde ou ovale à manche métallique qui peut être canaliculé pour permettre l'irrigation.

Les bords doivent être légèrement tranchants.

De la main gauche, on maintient l'une des lèvres du col, de la main droite on fait pénétrer la curette lentement et doucement.

Si un gros débris obstrue le canal cervical, il faut s'abstenir de tirer dessus avec une pince. La curette et l'irrigation l'amèneront au dehors.

Après avoir pris le contact au fond de l'utérus, on promène la curette dans tous les points, surtout dans la région des cornes.

On est averti que la curette est sur la paroi musculaire par une sensation spéciale et un bruit : le cri utérin. Souvent, il fait défaut si le tissu est altéré par un processus infectieux. De temps en temps, on projette de l'eau chaude dans la cavité utérine.

On termine le curettage par une injection intra-utérine très chaude. Il reste à compléter l'action par *l'écouvillonnage* qui achève le nettoyage de la muqueuse et ramène les petits débris que la curette a pu laisser flottants dans la cavité utérine.

On peut employer les écouvillons de Doléris ou des tampons d'ouate hydrophile imprégnés de solutions antiseptiques :

Glycérine créosotée au 1/3 par exemple qui est antiseptique et très hémostatique.

Toutes les injections utérines données avant ou après le curettage doivent être administrées à une très faible pression.

En 1897. Doléris écrivait (1) :

« Au point de vue de la méthode d'intervention, j'ai
« toujours défendu la pratique chirurgicale, que je
« considère comme très sûre, très prompte et très satis-
« faisante et que je préfère au curage douloureux,
« long, difficile. Mais je n'ai pas dit ni écrit qu'il fallut
« user exclusivement de la curette : j'ai parlé des pinces.

« Aujourd'hui, les dissidents se partagent en deux
« classes : les partisans de l'évacuation, mais par la
« méthode digitale exclusivement, et les partisans de
« l'abstention ou expectation aidée de *l'antisepsie*. »

A son avis, dans des cas de déformation d'un trajet cervical long et étroit, d'occlusion de l'orifice interne, d'adhérences partielles du délivre, la méthode digitale ne vaudra jamais l'intervention instrumentale.

Tarnier 2) n'admet l'intervention qu'au cas de danger réel : hémorragie, septicémie. L'infection exige une intervention active dont l'objectif est l'évacuation de l'utérus, car l'empoisonnement septique fait des progrès tant que dure la rétention du placenta putréfié : on pourra cependant faire des injections antiseptiques vaginales et intra-utérines. Parfois, ces injections pourront enrayer la putréfaction, mais, ce ne sera que

(1) DOLÉRIS. — Traitement de l'avortement incomplet. — *Semaine gynécologique*, 18 mai 1897, page 153.

(2) TARNIER. — *Traité de l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique* 1894, page 503.

tout à fait au début, quand les microbes n'auront pas encore envahi la profondeur des cotylédons. Ordinairement l'amélioration produite par les injections est insignifiante, ou passagère. Il n'y a alors qu'une conduite logique : extraire le placenta au plus tôt.

Au sujet de la curette, Tarnier énumère son insuffisance et ses dangers. S'il y a insuffisance, dit Doléris, le tort est à l'opérateur et non à l'opération qui réclame souvent un autre instrument. Quant aux dangers, cela dépend de la technique employée, de l'instrument et aussi un peu de l'opérateur.

Il est évident qu'on ne doit pas curetter un utérus gravide sans dilatation préalable, sans exploration de l'utérus et sans le contrôle du palper. De même, il ne faut pas se servir de la curette « quand le rôle est à la pince. »

Sur 39 cas du service de la Pitié, 26 se sont terminés spontanément et intégralement, 13 ont été terminés artificiellement. Sur ces 13 cas, 3 correspondent à des avortements brusques. Les 10 autres ont trait à des rétentions totales ou partielles du placenta, à des hémorragies dues à de simples rétentions parcellaires du délivre ou à la rétention des membranes, à des infections traitées dès le début. 21 curettages ont été faits dans les suites de l'accouchement pour des rétentions ou des infections par les internes et parfois les externes du service. La mortalité a été nulle.

La même année, Maygrier (1) cite une statistique comprenant 256 observations d'avortements ; 158 se sont

MAYGRIER. Société obstétricale et gynécologique de Paris. Séance du 8 juillet 1897. *Semaine gynécologique*, 13 juillet 1897, page 220.

faits spontanément ; dans les autres cas, il y a une intervention. Dans 132 cas, il y a eu deux décès ; l'un par infection, l'autre dû à la phtisie.

Les 158 cas ont été traités par l'expectation et l'expulsion spontanée à eu lieu.

L'intervention a été pratiquée 98 fois. En résumé, sur 256 cas, il y a eu 10 morts ; une malade est morte de tuberculose ; deux, de perforations de l'utérus ; une a succombé à une salpingectomie. Six ont eu des salpingo-ovarites et sur ces 6 malades, 5 ont subi le curettage.

L'intervention n'a eu lieu que quand le délivre n'était pas expulsé. Les indications étaient : hémorragie et septicémie, grossesses gémellaires, cas où l'on suppose qu'il y a eu des manœuvres abortives, enfin quand la rétention date de trois ou quatre jours et que le col se ferme.

Le curage digital est recommandable quand le doigt peut arriver jusqu'au fond de la matrice. Si le col n'est pas ouvert, il faut le dilater. Ne pas se servir de dilateurs à branches divergentes.

Si l'on ne peut se servir des doigts, on peut alors employer la curette, mais, en la guidant sur un doigt déjà introduit.

Le nettoyage de l'utérus avec un *écouvillon* trempé dans une solution antiseptique est un *excellent moyen* que l'on ne saurait trop recommander à cause de sa *fidélité* et de son *innocuité*.

La méthode instrumentale est dangereuse ; elle doit être l'exception.

M. Budin se sert pour la dilatation de bougies de Hégar et pratique rarement le curettage instrumental.

Les doigts sont préférables, mais il faut endormir la malade.

D'après Schwaab (1) la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement, étant toujours une complication sérieuse, rétention simple, accidents hémorragiques ou infectieux, on doit s'efforcer d'expulser le placenta aussitôt que possible.

La rétention placentaire est toujours une menace pour la femme ; l'hémorragie où l'infection sont à redouter.

L'intervention digitale ou instrumentale pour faire l'évacuation de l'utérus, peut être insuffisante ou dangereuse.

Le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme en deux cachets de 50 centigrammes a une action manifeste sur la contractilité utérine ; il peut donc être employé comme « echolique » c'est-à-dire pour détacher le placenta ou l'œuf dans l'avortement.

En tout cas, il est inoffensif, à l'inverse de l'ergot de seigle ; s'il échoue, il sera toujours loisible de recourir, soit à l'expectation, soit à l'intervention active.

On le prescrira donc, quand la rétention placentaire simple dure depuis 6 heures au moins ; plus rapidement quand la rétention est accompagnée d'hémorragie ou de fièvre.

L'administration de la quinine pourra constituer le premier temps d'une thérapeutique plus active, toutes les fois que l'évacuation rapide de l'utérus sera indiquée.

(1) M. SCHWAAB. De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet, l'*Obstétrique*, mai 1897.

La méthode avait été déjà préconisée par Cordes de Genève et par Doléris.

Le 7 mai 1898, le professeur Budin faisait à la clinique Tarnier une leçon magistrale sur ce sujet. Cette leçon est publiée dans « *l'Obstétrique*, n° de septembre 1898, p. 395 ».

Je pense, dit M. Budin que le nettoyage digital doit toujours être le procédé de choix. Depuis Ambroise Paré et Mauriceau jusqu'à nos jours, comme on peut le voir, dans la thèse d'Audebert et de G. Hadot de Nancy, un grand nombre d'accoucheurs se sont prononcés en sa faveur. Pour ma part, j'y ai pour ainsi dire exclusivement recours, mais il faut savoir se servir de ses doigts, il faut connaître exactement le manuel opératoire.

Le curettage est un procédé aveugle; on ne se rend pas toujours exactement compte du lieu où est arrivé l'instrument et quelquefois, comme l'ont montré Chaleix et Audebert, on ne pénètre que dans la cavité du col alors qu'on croit être entré dans celle du corps de l'utérus.

La curette peut être insuffisante; elle semble impuissante à détacher les débris du placenta, lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus; malgré un grattage attentif, on a laissé des portions de délivre dans la matrice; une fois même, bien qu'on eût râclé, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir « un fœtus sans jambes de 6 à 7 centimètres » qui malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine, sans avoir donné lieu à aucun symptôme » (J. Moses). Enfin la curette dirigée de haut en bas, enlève des bandes, des

copeaux de muqueuse utérine et il reste souvent entre ces bandes des parties qui ne sont pas détachées.

La curette est dangereuse; on lui a reproché, quand elle sectionnait la muqueuse saine, d'ouvrir les portes à l'infection (J. Veit); elle peut déterminer des hémorragies difficiles à arrêter; enfin son emploi a été suivi de la perforation de l'utérus.

Si donc le médecin peut réussir avec un autre procédé que l'emploi de la curette, il doit de préférence y recourir. Ce procédé existe, c'est le *curage digital*.

Après avoir fait pénétrer un doigt, et, si on le peut, deux doigts dans l'utérus, on décolle complètement le placenta, puis on essaie de l'amener au dehors, soit en recourbant l'index en crochet, soit en plaçant la masse cotylédonnaire entre l'index et le médius et en s'efforçant de la faire passer à travers le canal cervical.

Parfois, l'orifice est peu dilaté et l'extraction est très difficile; on se sert alors de pinces qui ressemblent plus ou moins à celles de Levret. Tarnier a décrit la manière de procéder avec la pince pour extraire le placenta que les doigts ont pu seulement décoller.

L'emploi de la pince, comme le curettage, doit être redouté; les pinces sont aussi des instruments aveugles et dangereux.

Le professeur Budin cite un cas du docteur Alberti, de Potsdam, qui, croyant extraire les débris d'un avortement, attira à travers le col une anse intestinale. Des cas analogues sont malheureusement moins rares qu'on ne le pense. On devra donc, malgré l'avis de quelques maîtres

éminents, éviter l'introduction des pinces après l'avortement.

Pour extraire le placenta ou les débris de l'arrière-faix, on a recours à une manœuvre qu'on peut désigner sous le nom d'*expression abdomino-vaginale* de l'utérus.

Depuis 1895, dit M. Budin, j'emploie le procédé suivant :

Le placenta ayant été complètement détaché de la paroi utérine, et se trouvant libre dans la cavité de l'organe, doit être dilacéré avec l'index ou le médius, s'il est volumineux ou si l'orifice utérin est petit ; il est ainsi divisé en deux ou trois morceaux.

Les doigts sont alors mis dans le cul-de-sac postérieur ; ils le dépriment et s'appliquent sur la paroi utérine : leur face palmaire se trouve donc dirigée en haut, vers la symphyse pubienne.

L'autre main, placée sur l'hypogastre, déprime fortement la paroi abdominale qui, pendant l'anesthésie, se trouve dans le relâchement complet. Avec les doigts recourbés en crochet et avec la paume de la main, on appuie sur le fond et sur la face antérieure de l'utérus. L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé ; le placenta ou les morceaux de placenta et de caduque passent à travers le col ; ils tombent, chassés comme un noyau de cerise, dans la paume de la main qui est dans le vagin.

Ce procédé a toujours réussi jusqu'ici ; il paraît réunir les principales conditions favorables à l'expulsion de l'arrière-faix.

Résumé du manuel opératoire. — On administre le chloroforme, car il est important que les parois abdomi-

nales, les parois vaginales et le périnée soient dans le relâchement le plus complet.

On prend les précautions antiseptiques les plus sévères pour ses mains et pour les organes de la malade. On dilate l'orifice; on introduit l'index dans le canal cervical, puis l'index et le médius.

Si le tissu de la matrice résiste trop, après avoir abaissé l'utérus avec une pince à érignes mise sur le col, on fait usage des bougies de Hégar.

On pratique alors le curage. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement; le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et complètement le placenta. Cette séparation est, en général, facile; parfois, cependant, elle exige un certain temps; si on sent le placenta qui flotte dans la cavité utérine et qui reste encore adhérent par un pédicule, on continue les manœuvres jusqu'à décollement complet.

Il faut alors procéder à l'évacuation. Quelquefois, le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotylédons.

Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais, après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression, *abdomino-vaginale* décrite plus haut.

On explore ensuite l'utérus, pour s'assurer qu'il ne

reste rien dans sa cavité; on fait un grand lavage au sublimé à 1/4000 en se servant de la sonde à canal en fer à cheval, puis, on a recours *aux écouvillons*, ainsi que l'a conseillé Doléris. On emploie les gros écouvillons faits avec des côtes de plumes qui sont les plus résistants, on les recourbe légèrement; on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit.

Des mouvements sont exécutés du haut en bas et, de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Toutes les parois sont ainsi bien balayées.

Quand deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ils ne ramènent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque; on en passe encore deux qui ont été plongés dans une solution de glycérine créosotée à 1/3 ou à parties égales, et on fait aussitôt un lavage du vagin avec une solution de sublimé pour enlever l'excès de créosote qui est caustique.

Si l'utérus revient bien sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne pas pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale à la gaze iodoformée.

En procédant de la sorte, on ne fait usage que des mains; on n'a recours ni aux curettes ni aux pinces. Les doigts dont la pulpe est très sensible, ne sont ni des instruments aveugles, ni des instruments dangereux. On ne risque pas avec eux de produire des perforations de

l'utérus ou d'entraîner au dehors des anses intestinales.

Ce curage digital et l'expression abdomino-vaginale de l'utérus peuvent enfin être pratiqués par tous les médecins et la malade ne court aucun risque.

La thèse de Larigaudry (1) faite d'après la leçon du professeur Budin rapporte dix observations dans lesquelles son procédé a été employé et il a toujours donné de bons résultats.

Citons enfin trois thèses parues tout dernièrement.

Dans l'une, l'auteur (2) rappelle que, parmi les praticiens, les uns sont partisans de manœuvres purement manuelles, les autres préfèrent compléter ces manœuvres par des manœuvres instrumentales. Pour lui, les manœuvres instrumentales complémentaires donnent une sécurité presque absolue pour le présent et l'avenir, sécurité que ne sauraient donner aussi entièrement les manœuvres purement manuelles.

Dans le cas d'hémorragie grave, d'abord vider l'utérus et pratiquer la délivrance artificielle et le curage après dilatation. L'auteur cite cinq cas d'hémorragie où l'on est intervenu par la délivrance artificielle ; le curage et le curettage ont été pratiqués avec succès.

S'il n'y a qu'un *suintement sanguin*, on se contente d'extraire du col la masse ovulo-sanguine qui le remplit, ou bien, suivant les cas on extrait simplement l'œuf décollé ou on laisse la femme au repos et on prescrit les

(1) LARIGAUDRY. De l'expression abdomino-vaginale. *Thèse*, Paris 1898.

(2) P. GLEIZE. Contribution à l'étude du traitement de l'avortement. *Thèse*, Paris, février 1900.

injections vaginales, mais on est toujours sous la menace d'une infection intra-utérine. Il vaut donc mieux pratiquer le curettage après dilatation de l'utérus. La conséquence est la cessation du suintement et la guérison.

En cas d'infection dans un utérus vide, on peut commencer par des irrigations antiseptiques. L'auteur a vu à la Maternité de l'Hôtel-Dieu neuf cas et neuf guérisons très rapides.

Quand on ne sait pas exactement ce qui a été expulsé, on doit explorer l'utérus et le curer s'il est nécessaire, nettoyer à la curette et pratiquer l'*antisepsie locale*.

Manuel opératoire :

1° L'anesthésie est nécessaire ;

2° L'antisepsie vulvo vaginale est une partie très importante de l'intervention ;

3° Il faut que la voie soit largement ouverte ; on emploiera les bougies de Hégar ou le ballon Champetier de Ribes petit modèle ;

4° Exploration et curage de la cavité utérine ;

Il ne faut pas d'emblée introduire une curette qui peut causer des accidents graves. Il faut d'abord explorer la cavité avec les doigts et amener à l'extérieur les débris décollés ;

5° Révision du curage par la curette et le curettage. La curette doit être à bords mousses. Il faut avoir soin de râcler franchement toute la surface et on termine par un mouvement de circumduction en spire sans perdre contact avec la paroi ;

6° Pratiquer l'antisepsie intra-utérine et faire un pansement ;

7° Soins consécutifs. Renouveler le pansement, s'il y a lieu avec lavage, écouvillonnage iodé et pansement.

Pendant l'année 1898, trois cents femmes sont entrées dans le service à l'Hôtel-Dieu pour avortement. La mortalité a été nulle, 51 avortements se sont terminés sans intervention.

24 ont nécessité une intervention immédiate pour infection, hémorragie ou rétention simple.

6 fois, délivrance artificielle simple.

16 fois, délivrance artificielle ou curage digital suivi d'un curettage instrumental et écouvillonnage à la teinture d'iode.

2 fois pour septicémie d'origine utérine. La délivrance a été suivie immédiatement du curettage.

Dans 28 cas d'avortement, ayant nécessité une intervention pour infection ou hémorragie, on trouve :

9 fois les injections intra-utérines.

19 fois le curettage instrumental.

Dans la seconde, Grosjean préconise un procédé facilement praticable pour le chirurgien ; c'est le tamponnement intra-utérin. D'après lui, c'est non seulement un moyen palliatif destiné à combattre l'hémorragie et l'infection, mais c'est aussi un procédé curatif puisqu'il provoque l'expulsion de l'arrière-faix retenu dans l'utérus.

Il rappelle que Doléris et d'autres chirurgiens, après un lavage et une large irrigation de l'utérus complètent le nettoyage à la curette au moyen de *l'écouvillonnage* à l'aide des *écouvillons* de Doléris préalablement imbibés de glycérine créosotée.

L'opération est peu douloureuse et peut se pratiquer sans anesthésie.

Grosjean dit que le curettage est accusé d'être insuffisant et inutile, et à ce sujet il cite Budin :

« On laisse parfois des débris de caduque et même de placenta et le lendemain, la femme expulse des débris de membranes, de placenta et même de fœtus. Le curettage n'est donc pas une opération qui donne toute sécurité ; la curette est aveugle... »

Nous devons enfin citer la thèse de Gheorghiu (2). Bien que son travail soit des plus complets et des plus démonstratifs, comme il a surtout en vue le traitement de l'infection puerpérale, nous n'en extrairons que ce qui suit :

L'écouvillonnage dit-il, qui, généralement n'est que le complément du curage digital, peut cependant, dans certains cas, donner de bons résultats, employé seul après la délivrance.

Après le curage digital, *l'écouvillon* enlève des parcelles toutes petites qui adhèrent trop pour sortir avec l'injection et qui passent inaperçues aux doigts.

Les écouvillons d'abord en crin, avaient l'inconvénient d'être trop mous et surtout de se ramollir dans l'eau bouillante. Ceux que l'on emploie sont maintenant en côtes de plume, beaucoup plus résistants.

(1) S. P. GROSJEAN. Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin. *Thèse* Paris. 1900.

(2) Nicolas N. GHEORGHIU. Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. *Thèse* Paris, avril 1900.

Ces écouvillons de différents diamètres sont employés suivant l'état de dilatation du col de l'utérus.

Les dimensions étant choisies, on en met trois ou quatre préalablement stérilisés dans une cuvette avec du sublimé.

Les deux doigts (index et médus) de la main gauche dans le col, nous prenons l'écouvillon avec la main droite, après avoir confié momentanément le fond de l'utérus à un aide. Nous faisons glisser l'écouvillon légèrement recourbé dans le col entre les doigts écartés; une pince sur le col est nécessaire dans quelques cas.

Lorsque l'instrument a pénétré, nous retirons la main gauche que nous plaçons sur le fond de l'utérus, et alors nous tournons l'écouvillon toujours dans la même direction 5 ou 6 fois, le portant dans les cornes utérines mêmes, à l'aide de la main abdominale.

On le retire ensuite entraînant les débris.

Nous répétons la même manœuvre 3 ou 4 fois. Le dernier écouvillon peut être trempé dans une solution de glycérine créosotée à parties égales. On termine par une injection intra-utérine, une mèche et un pansement vulvaire.

Cette pratique est suffisante pour guérir complètement les femmes infectées. L'*écouvillonnage* pratiqué seul, sans autre intervention est indiqué dans le cas suivant: on peut se trouver en présence d'une femme en travail ayant été examinée en ville, les membranes étant rompues depuis longtemps, et ayant quelquefois même de la température. Dans ce cas, aussitôt après la délivrance, il faut, après avoir donné une injection intra-

utérine abondante, passer quelques gros écouvillons (trois ou quatre), qui enlèvent toutes les membranes qui souvent sont altérées et verdâtres, tous les débris de la caduque qui pourraient rester adhérents aux parois utérines.

Il faut terminer enfin par une injection intra-utérine et par l'introduction de mèches stérilisées ou iodoformées dans l'utérus. C'est l'*écouvillonnage prophylactique*. Cette conduite « nous a toujours donné de bons résultats. »

Le curage et l'écouvillonnage ne produisent à leur suite aucun accident.

Après le curage digital et l'écouvillonnage, dans la majorité des cas, nous avons la *chute brusque de la température* dès le lendemain, car le soir de l'intervention il y a toujours une légère ascension thermométrique. Les courbes de la température et du pouls atteignent la normale presque de suite.

Parfois, au bout du quatrième ou cinquième jour la température monte de nouveau, alors il faut réexaminer la cavité utérine, car ou bien il reste encore des débris (curage incomplet) ce qui est rare et il faut dans ce cas recommencer, ou bien les parois paraissent propres, dépourvues de débris et dans ce cas, l'infection a pénétré dans les couches profondes de la muqueuse, donc il faut faire le curetage.

A la fin de sa thèse, l'auteur cite un grand nombre de cas dans lesquels le curage et l'écouvillonnage ont donné les résultats les plus satisfaisants.

D'après ce que nous venons de voir, il est évident qu'on ne peut nier l'efficacité du curage digital et de l'écouvillonnage. Pour notre part, nous l'avons constatée souvent à la clinique Tarnier, mais où cette méthode nous a paru vraiment supérieure, c'est lorsqu'on l'emploie *de parti pris* aussitôt après l'avortement, et *sans attendre* que l'intervention soit motivée par l'hémorragie ou la septicémie.

Nous avons relevé les cas de ce genre qui se sont présentés à la clinique du 1^{er} mars 1898 au 1^{er} janvier 1900.

Pendant les dix derniers mois de 1898, on a fait 11 fois le curage digital et l'écouvillonnage pour rétention de débris placentaires.

Dans 7 cas, il y avait de l'infection, dans 4 cas seulement, on a pu faire l'écouvillonnage préventif : ce sont les n^o 204, 746, 783 et 1250.

Nous n'avons pu nous procurer les observations détaillées de ces 4 cas, mais les renseignements que nous possédons suffisent pour montrer les bons résultats obtenus.

OBSERVATION 204

Femme de 27 ans, II pare entre à la clinique le 7 février 1898, ayant fait un avortement de 5 mois. Le placenta paraissant incomplet, M. le P^r Budin fait immédiatement un curage digital suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. La température qui était de 37°6 à l'entrée descend le lendemain à 36°8 et reste normale jusqu'au 16 février, jour où elle quitte l'hôpital en très bon état.

OBSERVATION 746

Femme apportée du dehors, le 31 mai, ayant fait un avortement, mais non complètement délivrée.

Le soir, la température de la malade est de 37°8. Le lendemain matin 1^{er} juin température 36°6, M. le Pr Budin fait le curage digital et l'écouvillonnage ; le soir, température 37°2.

La température pendant les jours suivants est de :

		Matin		Soir
Le 2 Mai	—	36°6	—	36°6
Le 3 —	—	36°4	—	37°2
Le 4 —	—	36°4	—	36°6
Le 5 —	—	36°4	—	36°6
Le 6 —	—	36°6	—	36°9
Le 7 —	—	36°4	—	36°5
Le 8 —	—	36°5	—	36°7
Le 9 —	—	36°4	—	36°8
Le 10 —	—	36°4	—	

La malade quitte l'hôpital le 10, dans la journée, en très bon état.

OBSERVATION 783

Femme X..., ayant fait au dehors un avortement de 4 mois environ ; est amenée à la clinique, le 6 juin sans être délivrée. M. Budin lui fait immédiatement le curage et l'écouvillonnage.

La température est de :

		Matin		Soir
Le 7 Juin	—	36°8	—	36°6
Le 8 —	—	36°9	—	37°7
Le 9 —	—	37°	—	37°1
Le 10 —	—	36°7	—	37°2
Le 11 —	—	36°8	—	37°1
Le 12 —	—	36°7	—	36°8
Le 13 —	—	36°6	—	37°
Le 14 —	—	36°6	—	

Sort de l'hôpital bien portante.

OBSERVATION 1250

Avortement de 3 mois fait au dehors. Rétention placentaire.

Amenée à la clinique le 9 septembre. Ecouvillonnage et curage digital.

Température :

			Matin		Soir
Le 9 Juin	—			—	37°2
Le 10 —	—		36°8	—	37°1
Le 11 —	—		36°7	—	37°
Le 12 —	—		36°6	—	37°
Le 13 —	—		36°6	—	37°1
Le 14 —	—		36°4	—	

Sort de l'hôpital en bon état.

ANNÉE 1899.

Pendant cette année 1899, nous avons relevé 19 cas de curage digital suivi d'écouvillonnage pour rétention placentaire dans l'avortement.

Sept fois il y avait de l'infection ; dans 12 cas, le traitement a été préventif. Voici les 12 cas : cependant, pour 4 d'entre eux, les n^{os} 190, 787, 810 et 945, nous n'avons pu recueillir des renseignements très détaillés :

OBSERVATION 69

Avortement. — Extraction de l'œuf. — Ecouvillonnage.

R..., 34 ans, cuisinière, entrée le 14 janvier 1899.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de poitrine. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — A marché à 18 mois, premières règles à 16 ans 1/2 ; régulières.

Trois grossesses antérieures ; deux accouchements à terme, d'enfants vivants ; un accouchement prématuré à huit mois, d'un enfant mort.

Quatrième grossesse, actuelle : les dernières règles sont du 23 octobre. Depuis le commencement de la grossesse, la malade a eu des douleurs de reins et d'abdomen ; le jeudi 12 janvier, petite perte de sang ; la malade s'est couchée :

Le vendredi 13 à 9 h. 1/2 du matin, hémorragie abondante qui s'arrête vers midi. Le soir, nouvelle perte de sang qui s'arrête dans la nuit.

Le samedi, l'après midi, M. Budin trouve le placenta en partie engagé dans le col et dans le vagin, mais une partie est encore adhérente à la face antérieure de l'utérus.

Après l'examen, la femme est transportée à la clinique : à son arrivée, on donne une injection et on fait un tamponnement.

Le dimanche matin, M. Chavanne examine la parturiente, trouve un caillot dans le col, débordant ; on l'enlève ; le col reste entr'ouvert. Pas d'odeur ni de température. Injection et tamponnement. De même dans la soirée.

Le lundi matin à 10 heures, M. Budin trouve le col perméable aux deux orifices, mais le placenta est tout entier dans l'utérus.

La malade est endormie, apportée sur la table d'opération, et, après toilette et injection, M. Budin introduit le médius de la main droite dans le col et dans l'utérus pour s'assurer que le placenta est complètement décollé. Ceci fait, on donne une nouvelle injection.

M. Budin introduit alors deux doigts de la main droite dans le cul-de-sac postérieur, en le déprimant doucement, en remontant le plus haut possible derrière la face postérieure de l'utérus.

De la main gauche, il déprime fortement la paroi abdominale et appuie de la paume de la main et des doigts recourbés en crochet sur la face antérieure et le fond de l'utérus, le placenta glisse dans l'orifice du col et vient tomber brusquement dans la main droite, comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts.

Le placenta paraît être de deux mois environ. M. Budin introduit alors un *écouvillon* dans l'utérus, en lui imprimant des mouvements de va et vient et de rotation, de façon à débarrasser l'utérus de tout corps étranger ; puis un deuxième et un troisième écouvillon, trempés tous deux dans une solution de glycérine créosotée au 1/10.

Pendant ce temps, on donne une injection vaginale à la malade pour éviter les effets caustiques de la créosote sur la

muqueuse vaginale. Enfin pansement vulvaire et la malade se réveille quelques instants après.

Températures :

		Matin		Soir
le 14 janvier	—		—	37°1
15 —	—	37°5	—	36°8
16 —	—	36°5	—	37°3
17 —	—	36°6	—	36°9
18 —	—	36°8	—	37°1
19 —	—	36°4	—	37°3
20 —	—	36°6	—	37°
21 —	—	36°6	—	39°9
22 —	—	36°4	—	36°6
23 —	—	36°4	—	

La malade sort le 23 complètement rétablie.

OBSERVATION 190.

Avortement de 3 mois 1/2. — Délivrance artificielle. — Écouvillonnage.

Femme P..., 36 ans, II pare est accouchée une première fois de deux jumeaux.

Actuellement, elle est enceinte de 3 mois 1/2 ayant eu ses dernières règles le 20 octobre.

Le 20 février, elle fait chez elle un avortement et le lendemain elle est amenée à la clinique où M. Budin constate que l'utérus contient encore des débris placentaires ; il fait de suite le curage digital et l'*écouvillonnage*.

Température :

		Matin		Soir
12 février 99. —		36°8	—	36°7
13 —		36°5	—	37°5
14 —		37°	—	37°4
15 —		36°7	—	37°2
16 —		36°4	—	Sortie de la malade.

OBSERVATION 386.

*Avortement fait en ville. — Délivrance artificielle. —
Ecouvillonnage.*

Z..., 28 ans, couturière.

Le 5 avril, entrainée à la clinique une femme qui avait fait 15 jours auparavant une fausse couche incomplète d'environ 5 mois et pour laquelle elle n'était pas encore délivrée.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Ses parents sont vivants, bien portants. Tous ses frères et sœurs sont en parfaite santé.

Son mari est atteint d'un mal de Pott.

Age de la marche, 13 mois. Rien dans l'enfance. A 12 ans, elle a été traitée pour une pleurésie qui a récidivé quatre fois.

Premières règles à 13 ans ni abondantes, ni douloureuses, mais elles étaient irrégulières en ce sens qu'elles survenaient toujours avec un retard de 15 jours sur la période précédente. Dans l'intervalle, elle ne perd ni en rouge ni en blanc.

Depuis un certain temps, elle éprouve des points de côté, des douleurs de tête et des troubles dyspeptiques.

Il y a 6 ans, la malade a eu une première grossesse qui s'est terminée par une fausse couche de 4 mois 1/2.

16 mois après, nouvelle grossesse qui se termine par un accouchement prématuré à 7 mois. Les suites de couches ont été normales.

16 mois après, troisième grossesse, accouchement prématuré à 7 mois. Suites normales.

Il y a deux ans, quatrième grossesse menée à terme. Enfant bien portant.

Au mois de novembre dernier, la parturiente ressent les premiers symptômes d'une grossesse : nausées, vomissements, maux de tête et d'estomac. Dernières règles : 3-10 novembre. Le 28 février, point de côté avec fièvre et frisson. Le médecin appelé constate une pleurésie.

Le 6 mars, la malade perd un liquide clair mais ne ressent aucune douleur. Le 21 mars, elle ressent des contractions

utérines douloureuses et expulse un fœtus d'environ 5 mois. Le placenta est retenu dans la cavité utérine. La malade reste couchée jusqu'au 5 avril, date de son entrée à l'hôpital.

Elle est amaigrie, mais l'état général n'est pas mauvais. L'appétit est conservé. Elle n'a ni fièvre, ni douleur. Le squelette n'a rien de particulier. Elle n'a eu ni chancre, ni roséole, n'a pas perdu ses cheveux.

M. Budin l'examine à 11 heures du matin. Il trouve un utérus gros et constate la présence d'un petit fibrome sur la paroi antérieure. On endort la malade, elle est placée en position obstétricale et on procède à une toilette minutieuse.

M. Budin introduit très difficilement son doigt dans la cavité utérine qui est presque complètement fermée.

Il tombe sur une petite masse molle qui occupe la paroi postérieure et le fond de l'utérus, c'est le placenta.

Il décolle cette masse, la broie, et plaçant ensuite deux doigts de la main droite dans le cul-de-sac postérieur, tandis que la main gauche appuie sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, il extrait cette masse par le procédé de l'*expression abdomino-vaginale*. Il introduit à nouveau son doigt dans la cavité utérine et, après avoir constaté qu'elle ne contenait plus aucun débris placentaire, il écouvillonne l'utérus avec trois écouvillons trempés dans le sublimé, qui ramènent des débris de caduque et il termine par un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Lavage intra utérin. Tamponnement.

Le placenta n'avait rien de particulier. Les suites de couches sont normales. A aucun moment la malade n'a présenté de fièvre.

Températures :

			Matin		Soir
1 ^{er}	jour	—	36°7	—	36°4
2 ^e	—	—	36°6	—	36°5
3 ^e	—	—	36°2	—	36°3
4 ^e	—	—	36°	—	36°4
5 ^e	—	—	36°	—	36°4
6 ^e	—	—	36°9	—	36°6

7 ^e	jour	matin	36°4	soir	36°8
8 ^e	—	—	36°6	—	36°9
9 ^e	—	—	36°5	—	36°7
10 ^e	—	—	36°4	sortie complètement guérie.	

OBSERVATION 613

*Avortement de 4 mois environ. — Retention placentaire.
Extraction manuelle.*

B..., âgée de 26 ans, multipare, est entrée dans le service le 25 mai 1899.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 62 ans, vivant et en bonne santé. Sa mère, âgée de 55 ans, vit encore, mais souffre de coliques hépatiques et serait très affaiblie. La malade a quatre sœurs toutes bien portantes, deux frères en bonne santé et un troisième mort de la tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Naissance normale. Age de la marche, seize mois environ. La malade a eu une fièvre typhoïde grave à 7 ans. Ses premières règles sont venues à 13 ans ; elles se sont établies parfaitement ; elles sont régulières, peu douloureuses, peu abondantes ; elles durent en moyenne trois à quatre jours. Jamais de leucorrhée ; elle n'a pas été anémique, étant jeune fille.

En somme, elle n'a jamais été malade, mais toujours très nerveuse, s'irritant pour un rien, pleurant sans motif, mais sans crises de nerfs. S'est mariée en 1892.

Première grossesse. — Elle n'a rien présenté d'anormal. L'accouchement a eu lieu à terme en novembre 1892, il a été spontané, normal ainsi que la délivrance.

L'enfant du sexe féminin a été nourrie au sein de la mère, pendant 14 mois. Cette enfant est vivante et bien portante.

Les règles étaient revenues pendant les derniers mois de nourrice.

Deuxième grossesse. — Elle n'a rien offert de particulier non plus. L'accouchement a eu lieu le 8 octobre 1894. Il a été normal, la délivrance également ; l'enfant est en bonne santé.

Troisième grossesse. — Avortement en septembre 1895 d'un

fœtus de 2 mois. L'expulsion du fœtus fut suivie d'une hémorrhagie assez forte, bien qu'elle n'ait duré que peu de temps. La malade reste cinq ou six jours au lit, puis elle se lève ; à ce moment, elle perd du sang et elle a un frisson assez violent. Elle se couche de nouveau et un médecin appelé *pratique le curettage*. La fièvre disparaît et la malade recouvre la santé. Les règles reviennent normales.

Quatrième grossesse. — Normale, mais dans les derniers mois, apparition d'albumine ; on donne du lait. L'accouchement a lieu le 17 février 1897. Il est spontané et ne présente rien de particulier. En revanche, le médecin qui fait l'accouchement pratique l'extraction manuelle du placenta 1 h. 1/2 après l'accouchement, mais il est obligé de pénétrer par deux fois dans la cavité utérine.

La parturiente reste 22 jours au lit mais elle n'a ni fièvre ni hémorrhagie.

Cinquième grossesse. — Les dernières règles normales dataient du 25 décembre 1898.

Le 25 janvier, la malade est prise d'un écoulement de sang épais, noirâtre mais sans caillots ; cet écoulement dure jusqu'au 10 février, il se fait jour et nuit et par moments le sang sortait très abondant puis l'écoulement diminuait mais il ne s'est arrêté que le 10 février.

La malade ne suit aucun traitement pour ces pertes. Les règles ne reviennent pas en février, mais la malade est toujours très fatiguée.

A la fin du mois de mars, nouvelles pertes de sang mais, cette fois, le sang est très dilué, mélangé de pertes blanches. Ces pertes se continuent d'une manière intermittente jusqu'à l'époque de l'avortement ; elles s'arrêtaient ou diminuaient pendant deux ou trois jours puis revenaient sous l'influence de la fatigue. Toutefois, la malade ne s'alitait que de temps en temps pour se reposer. Pendant tout ce temps, elle prend chaque jour deux injections (1/1000) au sublimé. Elle avait par moments des douleurs assez fortes.

Le 10 mai, vers 5 heures du soir, elle ressent quelques douleurs, puis urinant sur un vase, elle s'aperçoit que le fœtus est

tombé dedans. Elle se couche, le médecin prévenu arrive, sectionne le cordon; le fœtus avait 16 centimètres de long environ, de 3 mois 1/2 à 4 mois du sexe masculin. Le médecin fait un lavage et conseille d'attendre la délivrance. Il ne se produit pas d'hémorragie.

Du 10 mai au 24, la malade reste au lit. Le 11, en l'examinant, on retire la portion du cordon demeurée dans la vagin avec une partie des membranes, mais le placenta ne vient pas.

Pendant ces 14 jours, la malade ne reçoit que des injections vaginales; le tampon placé à l'orifice vulvaire n'a jamais pris d'odeur indiquant l'infection; elle n'a pas eu de température. L'appétit est conservé; en somme aucun accident, mais le placenta est toujours retenu dans l'utérus.

Enfin le 25 mai, la malade décide de se faire transporter à la clinique.

Elle y entre à 8 heures du soir. Il faut écarter du côté du père le saturnisme, la bacillose, l'alcoolisme et la syphilis. De même du côté de la mère. Peut-être pourrait-on incriminer la prédisposition héréditaire et personnelle (la mère a eu quatre fausses couches sur 11 grossesses) les émotions ou la fatigue ou les excès génitaux. On n'a pas constaté d'albumine.

Le 25 mai au soir, la température était de 36°8, le 26, 36°4, le matin, 36°8, le soir; le pouls variant entre 80 et 88.

Le 27 au matin, M. Budin décide l'extraction du placenta et on donne du chloroforme pour que la résolution musculaire soit complète.

Après asepsie préalable, M. Budin introduit la main droite, les doigts allongés et réunis en forme de cône, dans la vagin, mais il ne peut introduire qu'un seul doigt dans l'utérus. Avec la main gauche, placée sur la paroi abdominale, il maintient l'utérus et le pousse sur sa main droite.

Avec le doigt qui a pénétré dans l'utérus, il détache le placenta inséré sur la face antérieure de l'organe; quelques débris sont d'abord retirés, puis la masse totale étant bien détachée, le placenta est pour ainsi dire versé par expression de l'utérus dans la main droite qui l'attend dans la vagin.

Après quoi, M. Budin s'étant assuré qu'il ne reste aucun

corps étranger dans l'utérus, fait une injection intra-utérine. Puis il écouvillonne la cavité par deux fois et termine l'opération en râclant les parois utérines successivement avec deux écouvillons préalablement trempés dans la glycérine créosotée. Suit une irrigation vaginale, l'introduction de gaze iodoformée dans le vagin et un pansement occlusif de la vulve.

La perte de sang pendant l'opération a été insignifiante.

La température s'est constamment maintenue entre 36° et 37°. Les battements du poulx : 80 à 88. Etat général satisfaisant. Les tampons placés à la vulve n'ont pas d'odeur.

Températures :

		Matin		Soir
1 ^{er} jour				36°8
2 ^e —	—	36°5	—	36°8
3 ^e —	—	36°4	—	36°6
4 ^e —	—	36°4	—	36°6
5 ^e —	—	36°6	—	36°9
6 ^e —	—	36°2	—	36°6
7 ^e —	—	36°2	—	37°
8 ^e —	—	36°3	—	36°9

jusqu'au 13^e jour la température oscille entre 36.2 et 37, et la malade sort en bon état.

OBSERVATION 635.

Avortement de 3 mois. — Rétention placentaire. — Délivrance artificielle. — Ecouvillonnage.

L. C..., âgée de 31 ans, cuisinière.

Rien d'intéressant dans l'hérédité.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel, elle a marché à deux ans. Son enfance fut débile. A 6 ans, elle eut la rougeole. Réglée pour la première fois à 12 ans ; ses règles peu abondantes, claires, douloureuses ont lieu toutes les trois semaines et durent trois jours. On ne trouve pas d'accidents syphilitiques.

Grossesse antérieure. — Elle a eu sa première grossesse en 1898 et est accouchée à terme, spontanément d'un enfant vivant de 3.500 grammes venu par le sommet et qui mourut en nourrice à 6 mois dans les convulsions.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont du 7 au 10 février. Le début fut signalé par des nausées, de la céphalée. Elle eut des douleurs dans le bas-ventre, dans les aînes, dans les cuisses. En mars, elle eut la grippe et fut assez fortement émotionnée par une querelle.

Le 15 mai, alors qu'elle cirait le parquet, la jambe portant la brosse fait un fort écart. Elle ressent dans l'aîne droite une douleur aiguë qui la force à s'asseoir. Au bout d'une demi-heure, elle peut reprendre son travail. Elle continua à travailler jusqu'aux trois ou quatre jours qui précèdent son avortement, tout en souffrant toujours dans le ventre et au niveau des reins.

Cependant, il n'y a pas d'hémorragie. Dans la nuit du 24 au 25 mai, elle est prise des premières douleurs. Elle perd du sang et de l'eau et l'avortement se produit le 25 mai à 10 heures du soir. Le fœtus accompagné de beaucoup de caillots vient sans le délivre.

La sage-femme essaie de faire la délivrance mais échoue. Pendant 3 jours, elle lui administre des injections chaudes. L'hémorragie continuant, elle l'envoie à la clinique le 27 mai.

Urine normale. Etat général et squelette normaux.

On continue les injections chaudes et, à 9 heures 15 du matin le 30 mai, M. Budin fait la délivrance artificielle. Son état de faiblesse n'avait pas permis de l'endormir la veille.

La patiente est endormie sous le chloroforme et mise en position obstétricale. M. Budin introduit sa main droite dans le vagin et, avec sa main gauche placée sur la paroi abdominale, il abaisse l'utérus.

Le col est tellement fermé qu'il laisse à peine pénétrer l'index. Il ramène d'abord quelques fragments de membranes. Puis, toujours avec un seul doigt, il décolle peu à peu le placenta. Comme l'orifice rétréci du col ne laisserait pas sortir le placenta en masse, M. Budin le fragmente dans l'intérieur de la cavité utérine entre son doigt et la main abdominale (main gauche).

Alors, il retire son doigt, place la main droite dans le cul-de-sac postérieur, la main gauche étant sur la paroi abdominale. La main abdominale pesant sur l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, la main droite le pressant de bas en haut et d'arrière en avant, les fragments du placenta sont exprimés hors du col, tombent dans la main droite (main placée dans le cul-de-sac postérieur), et M. Budin les amène au dehors. Il fait une injection intra-utérine qui chasse encore des débris de membranes et il pratique l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Pour introduire l'écouvillon, il doit saisir la lèvre antérieure entre les dents d'une pince. Le col est tellement rétracté que les mouvements de l'écouvillon l'amènent jusqu'à l'orifice vulvaire.

On frotte d'abord la muqueuse utérine avec deux écouvillons trempés dans du sublimé, puis, avec deux écouvillons trempés dans la glycérine créosotée. L'opération est terminée par une injection intra-utérine et une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le vagin et l'utérus.

La mèche fut retirée le lendemain. La femme va aussi bien que possible. Elle n'a pas eu de température, elle sort le 10^e jour.

Températures :

		Matin		Soir
1 ^{er} jour	—		—	37°
2 ^e —	—	36°9	—	36°
3 ^e —	—	36°8	—	36°9
4 ^e —	—	36°8	—	36°9
5 ^e —	—	36°8	—	37
6 ^e —	—	36°1	—	36°8
7 ^e —	—	36°2	—	36°8
8 ^e —	—	36°6	—	36°9
9 ^e —	—	36°6	—	37°2
10 ^e —	—	36°8	—	

OBSERVATION 787

*Avortement incomplet 2 mois 1/2. — Extraction du placenta. —
Écouvillonnage.*

Femme C.... 33 ans, 7^e grossesse.

Elle a eu ses dernières règles en avril (?), elle est donc enceinte d'environ deux mois et demi.

Le 1^{er} juillet à 11 heures 1/2 du matin, elle fait chez elle une fausse couche ; elle est amenée à la clinique et M. Budin qui la voit le lendemain lui fait immédiatement le curage de la cavité utérine et ensuite l'écouvillonnage.

Températures :

		Matin		Soir
2	Juillet	—	36°9	— 38°
3	—	—	37°8	— 38°
4	—	—	37°7	— 37°4
5	—	—	37°5	— 37°8
6	stercorémie	—	37°8	— 39°2
7	—	—	37°2	— 37°2
8	—	—	36°7	— 37°6
9	—	—	37°2	— 37°7
10	—	—	36°	— 37°2
11	—	—	36°	— 36°8
12	—	—	36°3	— 36°6
13	—	—	36°4	— 36°3
14	—	—	36°2	— 36°4
15	—	—	36°2	— sortie.

OBSERVATION 810

*Avortement de 2 mois. — Extraction d'une partie de l'œuf et
écouvillonnage.*

Femme P..., a eu ses dernières règles, le 15 mai. Le 29 juin, elle commence à perdre du sang et le 7 juillet à 4 heures 55 du soir, elle fait un avortement ; amenée à la cli-

nique. M^r Budin, pratique de suite le curage digital et l'écouvillonnage.

Températures :

			Matin		Soir
7 juillet	—	—		—	
8 —	—	—	36°8	—	37°3
9 —	—	—	36°1	—	37°4
10 —	—	—	36°5	—	37°7
11 —	—	—	36°8	—	36°4
12 —	—	—	36°2	—	36°2

Sortie bien portante.

OBSERVATION 945

Avortement de 2 mois fait au dehors.

Femme C..., est amenée à la clinique, le 5 août, ayant fait chez elle, le 31 juillet, un avortement de 2 mois environ, mais incomplet. Température 37°6.

A l'examen, M^r le P^r Budin, trouve le col trop peu dilaté pour permettre l'introduction du doigt.

Il fait alors la dilatation artificielle à l'aide de bougies de Hégar ; il peut ensuite faire le curage de la cavité utérine et il termine par un écouvillonnage.

La température reste normale pendant les jours suivants et la malade quitte l'hôpital un peu trop tôt à notre avis.

OBSERVATION 959.

Avortement incomplet. — Curage digital, — Curettage. — Ecouvillonnage.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident.

Mère morte à un âge avancé ; on ne sait de quelle affection.

Un frère mort quelques jours après sa naissance de maladie inconnue.

Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Age de la marche, inconnu.

Réglée à 16 ans. Menstruation régulière pendant un an.

A 17 ans, suppression des époques, que la malade attribue à un bain de mer pris au moment des règles. Aux périodes qui correspondaient aux règles, douleur vive avec leucorrhée abondante.

A 18 ans, la malade a subi à Lariboisière une opération sur laquelle elle ne peut donner de renseignements précis, curetage. Depuis, les règles sont redevenues normales.

Grossesses antérieures. — A 25 ans, première grossesse ; quelques vomissements. Accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps. 18 jours après l'accouchement est survenue une hémorragie ayant affaibli la malade au point de nécessiter le séjour au lit pendant 6 semaines.

Enfant mort de péritonite aigüe au bout de 10 jours.

Deuxième grossesse à 26 ans. — Vomissements jusqu'à 4 mois 1/2. Accouchement à terme avec application de forceps. Enfant du sexe masculin pesant 5 kg. 250. Suites de couches normales. Enfant bien portant élevé au sein jusqu'à 14 mois.

Troisième grossesse. — Dernières règles le 5 avril. Vomissements. Syncopes fréquentes.

Traumatisme léger le 3 août.

Le 5 août, douleurs abdominales vers dix heures avec expulsion d'un gros caillot et de liquide amniotique. Hémorragie ayant continué jusqu'à minuit.

La malade entre à la clinique le 8, à 1 heure de l'après midi. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le col est ramolli, les orifices externe et interne sont perméables. On sent, engagés dans l'orifice interne, des fragments de caduque.

A 6 heures, M. Schvaab pratique le curage digital sous le chloroforme. Le doigt n'arrivant pas à décoller les fragments se trouvant au fond de l'utérus, on pratique le curetage qui ramène quelques débris de caduque. On fait suivre le curetage d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Puis, après une injection intra-utérine, on tamponne l'utérus avec de la gaze iodoformée.

Le 9 août la température est de 37°2.

On enlève le tampon vaginal et utérin et on donne une injection vaginale.

Le 10 août, quelques coliques utérines, M. Maygrier prescrit un cataplasme laudanisé. Pas de température.

Le 14 août, température 37°8. Maux de tête. La malade n'a pas été à la selle depuis cinq jours. Un lavement fait disparaître la céphalée et la température tombe.

Le 18, température normale.

Températures :

		Matin		Soir
le 9 août	—	37°	—	37°1
10 —	—	37°2	—	37°
11 —	—	36°3	—	36°7
12 —	—	36°2	—	36°6
13 —	—	37°	—	36°9
14 —	Stercorémie	36°	—	37°8
15 —	—	36°	—	37°
16 —	—	36°4	—	36°4
17 —	—	36°3	—	36°3
18 —	—	36°2	—	37°
19 —	—	36°1	Sortie	

OBSERVATION 1238

Avortement de 4 mois. — Grande fétilité. — Extraction du fœtus et du placenta. — Ecouvillonnage. — Grand lavage utérin.

B... L..., garde malade.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Père mort d'une affection de poitrine. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. La malade a marché à 11 mois. Réglée à 13 ans, elle reste l'année suivante 11 mois sans voir revenir ses règles. Depuis, la menstruation a toujours été régularisée. Pertes blanches fréquentes.

1^{re} grossesse. — Il y a 22 mois, sans aucun incident. Accouchement spontané d'un enfant actuellement bien portant.

Grèssesse actuelle. — Le même père, d'après les dires de la malade. Dernières règles terminées le 23 mai.

Le jeudi 28 septembre, quelques douleurs dans la matinée; puis, le soir, pertes de sang qui ont continué les jours suivants. Le dimanche matin, le troisième jour après les premières douleurs, la malade s'alite; et le lundi 2 octobre, elle voit, en se levant à 11 heures, le fœtus sortir des organes génitaux.

Pas de symptômes de syphilis à l'interrogatoire. Pas d'albumine dans les urines.

Examen à l'arrivée, le lundi 2 octobre à 3 heures du soir. On voit, sortant des organes génitaux externes, les pieds et le tronc d'un fœtus de quatre mois, macéré, dégageant une odeur infecte.

Au toucher, on sent le col qui est refermé sur le cou et retient la tête. Température : 36°8.

Curage digital. — La malade est transportée à l'isolement. M. Chavanne qui vient la voir à 4 h. 1/2 se rend compte par le toucher de la dilatabilité du col; puis, par une légère traction, il amène au dehors le fœtus tout entier. Section du cordon. Injection vaginale et utérine.

M. Chavanne introduit alors deux doigts de la main droite dans l'utérus qu'il maintient de la main gauche à travers la paroi abdominale. Il trouve le placenta adhérent au fond de l'utérus et à gauche. La malade offrant une certaine résistance à l'intervention, on donne du chloroforme. Injection vaginale.

L'opérateur introduit à nouveau dans l'utérus deux doigts de la main droite qu'il recourbe ensuite en crochet, afin de faire le curage digital. Il ramène d'abord quelques débris de membranes et bientôt le placenta tout entier et d'un seul morceau.

Injection intra utérine avec la sonde de Budin. Une nouvelle introduction des doigts permet de ramener les derniers débris de membranes. Dernière injection intra utérine et l'utérus revient alors sur lui-même.

M. Chavanne fait alors un écouvillonnage à la glycérine créosotée pendant qu'un aide irrigue abondamment le vagin.

Douze litres de sublimé ont été employés tant aux injections utérines que vaginales.

Poids du placenta..... 180 grammes.
Poids du fœtus..... 220 —

Le 6 octobre, la malade va bien.

Températures :

		Matin		Soir
1 ^{er} jour	—	36°6	—	38°1
2 ^e —	—	36°8	—	36°6
3 ^e —	—	36°6	—	36°4
4 ^e —	—	36°	—	36°5
5 ^e —	—	36°8	—	36°8
6 ^e —	—	36°6	—	Sortie.

OBSERVATION 1464.

Avortement de 4 mois. — Rétention placentaire. — Extraction et Écouvillonnage.

J. F..., âgée de 21 ans. Amenée à la clinique ayant fait un avortement de 4 mois. Les membranes sont rompues de 4 jours. Cette femme est employée de commerce (caoutchouc).

Antécédents héréditaires. — Père bien portant; mère morte de pneumonie contractée à la suite d'un refroidissement. Un frère et une sœur bien portants. La sœur est accouchée à la Clinique le 1^{er} octobre dernier à l'aide d'une application de forceps pour inertie utérine. L'enfant vivant de 3,620 gr. est partie en bon état pesant 3,800 gr.

Antécédents personnels. — A marché vers 1 an. Rougeole à 8 ans. Pas d'autre maladie. Premières règles à 13 ans 1/2, régulières, non douloureuses, durant 3 jours environ..

Première grossesse à 20 ans. terminée à terme à la Clinique le 17 octobre 1898 : fille macérée de 3.000 gr. Cause : syphilis.

Par l'interrogatoire. aucun symptôme de spécificité du côté du père et de la mère.

Les dernières règles sont du 18-21 juillet 1899. Vomissements

au début de la grossesse. Le 12 novembre, la malade a fait un effort en lavant du linge; elle ressent à la suite des douleurs dans les reins et le bas-ventre. Elle a des pertes blanches.

Elle vient consulter à la Clinique le 18; on lui donne le conseil de rester étendue; rentrée chez elle, elle perd de l'eau à 7 h. 1/2, (une grande quantité) et perd ensuite du sang. Cela sans avoir ressenti aucune douleur utérine. Elle fait appeler trois sages-femmes. Aucune ne veut se déranger pour un cas d'avortement. Un médecin appelé, vient dans la nuit et la fait rester au lit. Pas d'injection vaginale ni aucun soin antiseptique. A ce moment le fœtus est encore vivant.

Le lundi 20 novembre, à 9 heures du matin, les douleurs apparaissent. A minuit, le fœtus qui se présente par les pieds commence à être expulsé. Le médecin prévenu termine le dégagement et fait ensuite une injection. Le fœtus est mort. La délivrance ne se faisant pas, le médecin revient deux-fois dans la journée et essaie de la faire. N'y parvenant pas, et une intervention n'étant pas facile à faire chez elle, il la fait transporter à la Clinique,

Température à l'entrée : 37°8, pouls 112. Pas de fétilité. Le col est reformé, entr'ouvert à son orifice interne; le cordon macéré passe par cet orifice. L'utérus est assez gros, remonte environ à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et est en antéflexion.

Soins antiseptiques et introduction d'une mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Température de la nuit : 36°8. Le matin, même température, pouls 120.

Injection vaginale et tamponnement.

Le cordon a été expulsé avec les injections vaginales.

Devant les tentatives de délivrance faites en ville, membranes rompues depuis 4 jours (18 nov.). Température 37°8, pouls fréquent, malgré que la malade ait une température normale, M. Budin décide d'intervenir, des matières septiques ayant pu pénétrer dans la cavité utérine.

La femme est mise sous le chloroforme et après les soins préliminaires, M. Budin introduit deux doigts dans le col qu'il dilate, puis dans l'utérus, détache le placenta pendant que

l'autre main maintient l'utérus. Le placenta étant complètement décollé, il termine l'extraction à l'aide de l'expression abdomino-vaginale. Il est assez volumineux pour le terme de la grossesse et œdématié.

M. Budin fait ensuite une injection intra-utérine puis un écouvillonnage avec deux écouvillons simples et un 3^e trempé dans une solution de glycérine créosotée au 1/10.

Mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Pansement sec.

La femme se réveille tout à fait une demi-heure après. Elle est agitée et a des vomissements. Dans la soirée, elle va tout à fait bien; température 37, pouls 120; 36°8 le lendemain matin.

Le pouls dans les jours qui suivent est encore un peu fréquent 92 à 112, mais la température ne dépasse pas 37°.

La montée laiteuse se fait le deuxième jour; la compression des seins est faite.

M. Macé ayant fait de l'ensemencement avec le placenta trouve de nombreux staphylocoques.

La femme continue à bien aller.

Pendant les jours suivants, la température est :

		Matin		Soir
23 novembre	—	36°6	—	36°8
24 —	—	36°6	—	36°7
25 —	—	36°6	—	36°7
26 —	—	36°5	—	36°8
27 —	—	36°4	—	36°8
28 —	—	36°7	—	36°3
29 —	—	36°7	—	36°6
30 —	—	36°4	—	36°8
1 ^{er} décembre	—	36°5	—	36°4
2 —	—	36°4	—	

Elle quitte la Clinique le 2 décembre en très bon état.

OBSERVATION 1447

Avortement de 6 semaines. — Ecouvillonnage.

X..., couturière, 25 ans.

La malade est entrée à la salle de travail le 23 novembre 1899 venant de la consultation.

A marché à un an. Fracture de la cuisse droite à 2 ans 1/2 (chute). Rougeole à 4 ans. A 12 ans, tumeur blanche au genou droit. Depuis, elle s'est toujours bien portée.

Réglée à 14 ans, régulièrement, durée 3 jours.

Deux grossesses antérieures se sont terminées normalement à terme, par la naissance de deux enfants, le premier aujourd'hui bien portant, le second mort deux jours après sa naissance; cause inconnue.

La dernière grossesse est du 8 octobre. Les règles sont revenues le 25 novembre (6 semaines après) et régulièrement jusqu'au 4 septembre 1899.

Deux jours avant son entrée, le 21, dans la soirée, la malade a eu quelques douleurs et a perdu un peu de sang, ainsi que le lendemain. Le 23, vers 8 heures, les pertes furent plus abondantes et il y eut expulsion de plusieurs gros caillots. La malade dit n'avoir pas vu autre chose que du sang. C'est alors qu'elle vint consulter. En l'examinant, on constate la présence dans le col d'une masse semblant être soit, un caillot, soit un œuf décollé.

La température était 37°7.

Après avoir pris un bain, la malade entre à la salle de travail où on lui donne un lavement et une injection vaginale.

L'examen du squelette ne permet de constater qu'une légère atrophie de la jambe droite et des cicatrices dues à l'arthrite déjà signalée.

L'abdomen est peu douloureux, pas de ganglions, aucun signe de syphilis ou de tuberculose; l'urine est normale. La malade ne s'était pas fatiguée les jours qui ont précédé l'hémorragie.

En introduisant l'index dans le vagin, on tombe immédiatement sur un utérus dur, globuleux, abaissé et solidement fixé par la contraction de ses attaches et présentant le volume d'un utérus gravide de six semaines environ. L'index pénétrant dans le col ne sent plus de masse, mais arrive dans la cavité sur de petits débris.

Après antisepsie de la cavité vaginale, on laisse la malade en observation.

Elle n'a que de rares douleurs et très faibles. A 3 heures, on lui donne 1 gramme de sulfate de quinine en deux paquets.

A 6 heures, M. Schwaab revoit la malade. Les douleurs ne sont pas modifiées, il n'y a pas eu d'hémorragie, mais, étant donné la présence des débris et la température 37°8, l'intervention immédiate est décidée. La femme étant chloroformée et placée dans la position obstétricale et la résolution musculaire complète, M. Schwaab, avec un doigt introduit dans le vagin puis dans l'utérus, détache les portions encore adhérentes. Puis, abaissant l'utérus avec la main gauche placée sur la paroi abdominale et faisant une légère expression tout en s'aidant de l'index laissé dans l'utérus, vu la difficulté d'agir efficacement par l'expression seule sur une aussi petite masse, il obtient l'expulsion des débris hors de la cavité utérine. Ces débris sont entièrement constitués par la caduque.

M. Schwaab fait alors une injection intra-utérine. Il passe ensuite trois écouvillons dans l'utérus, le dernier trempé dans la glycérine créosotée. Injection vaginale et introduction dans le vagin de gaze iodoformée. La malade est alors replacée dans son lit puis transportée à la salle de gynécologie.

Le lendemain la température était de 38°2, de 37° le soir. Le 25, 36°8 le matin, 37°6 le soir. La malade a eu quelques petites coliques. Le 26, 36°7 le matin, 37°2 le soir.

Les jours suivants la température oscille entre 36°4 le matin et 37° le soir jusqu'au 5 décembre où la malade quitte l'hôpital en très bon état.

CONCLUSIONS

Nous venons de rapporter seize observations ; ce sont tous les cas où le curage digital et l'écouvillonnage préventifs, ont été pratiqués du 1^{er} mars 1898 au 1^{er} janvier 1900, c'est-à-dire pendant près de deux ans. Nous n'avons à enregistrer aucun insuccès et le procédé du professeur Budin a toujours admirablement réussi. puisqu'après son emploi, la température est toujours restée normale. Ces faits sont donc des plus démonstratifs et nous dictent la conduite à tenir dans les cas de rétention de tout, ou partie du placenta, après l'avortement.

Nous devons, sans attendre d'y être amené par une complication quelconque, procéder au curage digital et à l'écouvillonnage suivant le *modus faciendi* indiqué dans la leçon du professeur Budin, leçon que nous avons rapportée plus haut.

Nous éviterons ainsi d'exposer les femmes, non seulement aux accidents immédiats, mais aussi aux accidents éloignés tels que métrites et péri-métrites qui succèdent bien souvent aux suites de couches pathologiques.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

BUDIN.

Vu : LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- GLEIZE. — Thèse de Paris, 1900. Contribution à l'étude du traitement de l'avortement.
- GROSJEAN. — Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin, thèse de Paris, 1900.
- GHEORGHIU. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale, thèse de Paris, avril 1900.
- CHALEIX VIVIE et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet. Thèse de Bordeaux, 1896.
- AUDEBERT. — De l'intervention dans l'infection puerpérale, post abortive. Thèse de Bordeaux, 1890.
- DOLÉRIS. — Traitement de l'avortement incomplet. Semaine gynécologique, 18 mai 1897, p. 153.
- TARNIER. — De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique, 1894, p. 503.
- MAYGRIER. — Société obstétricale et gynécologique de Paris. Séance du 8 juillet 1897. Semaine gynécologique, le 12 juillet 1897, p. 220.
- BUDIN. — Leçon publiée dans l'Obstétrique, n° de septembre 1898, p. 395.
- LARIGAUDRY. — De l'expression abdomino-vaginale. Thèse de Paris, 1898.
- SCHWAAB. — De l'emploi du sulfate de quinine dans l'avortement incomplet. L'Obstétrique, mai 1899.





BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
